

COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT

COMPTE RENDU DE LA SÉANCE PLÉNIÈRE DU MARDI 9 NOVEMBRE 2021

APPROUVÉ LORS DE LA SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 2021

Sommaire

1. Informations du président de la CME	6
2. Approbation des comptes rendus des CME des 14 septembre et 12 octobre 2021	8
3. Avis sur le plan d'action 2021-2025 pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU)	9
4. Point sur ORBIS	14
5. Avis sur le projet de convention d'association hospitalo-universitaire entre l'AP-HP (GHU. AP-HP. Nord – Université de Paris) et l'hôpital <i>Fondation Adolphe de Rothschild</i>	20
6. Avis sur un protocole de coopération : « Consultation infirmière de suivi des personnes séronégatives à haut risque d'acquisition du VIH et sous traitement de pré-exposition au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) »	22
7. Information sur la décision modificative de l'état prévisionnel des dépenses et des recettes (ÉPRD) 2021	25
8. Questions diverses	25

CME du mardi 9 novembre 2021

16h30 – 19h30

Ordre du jour

SÉANCE PLÉNIÈRE

1. Informations du président
2. Approbation des comptes rendus des CME des 14 septembre et 12 octobre 2021
3. Avis sur le plan d'action 2021-2025 pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) (P^r Christian RICHARD, D^r David OSMAN, M^{me} Christine GUÉRI)
4. Point sur ORBIS (P^r Hubert DUCOU LE POINTE, D^{rs} Cyril CHARRON et Laurent TRÉLUYER)
5. Avis sur le projet de convention d'association hospitalo-universitaire entre l'AP-HP (GHU. AP-HP. Nord – Université de Paris) et l'hôpital *Fondation Adolphe de Rothschild* (P^{rs} Philippe RUSZNIEWSKI et Jean-Claude CAREL, M. Vincent-Nicolas DELPECH)
6. Avis sur un protocole de coopération : « Consultation infirmière de suivi des personnes séronégatives à haut risque d'acquisition du VIH et sous traitement de pré-exposition au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) » (D^{rs} Giovanna MELICA et Juliette PAVIE)
7. Information sur la décision modificative de l'état prévisionnel des dépenses et des recettes (ÉPRD) 2021 (MM. Pierre-Emmanuel LECERF et Didier FRANDJI)
8. Questions diverses

- Assistent à la séance :

• ***Avec voix délibérative :***

P ^r	René	ADAM	M ^{me}	Sophie	GUILLAUME
D ^r	Marie	ANTIGNAC	P ^r	Christian	GUY-COICHARD
D ^r	Thomas	APARICIO	P ^r	Agnès	HARTEMANN
P ^r	Elie	AZOULAY	D ^r	Jean-François	HERMIEU
D ^r	Fadi	BDEOUI	M.	Youcef	KADRI
P ^r	Sadek	BELOUCIF	P ^r	Jean-Louis	LAPLANCHE
M.	Guy	BENOÎT	D ^r	Éric	LE BIHAN
P ^r	Bahram	BODAGHI	P ^r	Éric	LE GUERN
P ^r	Olivier	BOURDON	P ^r	Laurent	MANDELBROT
D ^r	Diane	BOUVRY	P ^r	Emmanuel	MARTINOD
M ^{me}	Leila	BOUZLAF	D ^r	Rafik	MASMOUDI
D ^r	Emmanuel	BUI QUOC	D ^r	Giovanna	MÉLICA
P ^r	Jean-Claude	CAREL	D ^r	Vianney	MOURMAN
P ^r	Alain	CARIOU	P ^r	Yann	PARC
D ^r	Cyril	CHARRON	M.	Louis-Paul	PATY
D ^r	Julie	CHOPART	D ^r	Juliette	PAVIE
P ^r	Olivier	CLÉMENT	D ^r	Antoine	PELHUCHE
P ^r	Yves	COHEN	D ^r	Patrick	PELLOUX
P ^r	Anne	COUVELARD	P ^r	Marie-Noëlle	PERALDI
M ^{me}	Audrey	DARNIEAUD	P ^r	Claire	POYART
P ^r	Loïc	DE PONTUAL	P ^r	Louis	PUYBASSET
D ^r	Sonia	DELAPORTE-CERCEAU	P ^r	Jean-Damien	RICARD
P ^r	Hubert	DUCOU LE POINTE	D ^r	Nathalie	RICOME
D ^r	Georges	ESTEPHAN	D ^r	François	SALACHAS
D ^r	Thierry	FAILLOT	P ^r	Rémi	SALOMON
P ^r	Bertrand	GODEAU	D ^r	Brigitte	SOUDRIE
P ^r	Bernard	GRANGER	P ^r	Laurent	TEILLET
D ^r	Bruno	GREFF	D ^r	Christophe	TRIVALLE

• ***Avec voix consultative :***

- M. Martin HIRSCH, directeur général de l'AP-HP
- D^r Sandra FOURNIER, praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène (ÉOH)
- M. Jean-Eudes FONTAN, représentant des pharmaciens hospitaliers

• ***En qualité d'invités permanents :***

- P^r Philippe RUSZNIEWSKI, directeur de l'UFR de médecine de l'université Paris-Diderot
- M^{me} Catherine RAVIER, directrice de cabinet du président de la CME
- M^{me} Caroline SUBERBIELLE, représentante de l'agence régionale de santé d'île de France (ARS)
- M^{me} Karine VIRETTE, représentante de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)
- D^r Lynda BENSEFA-COLAS, médecin responsable de la médecine du travail

• ***Les représentants de l'administration :***

- P^r Catherine PAUGAM-BURTZ, M^{me} Stéphanie DECOOPMAN et M. Pierre-Emmanuel LECERF, directeurs généraux adjoints
- M^{me} Anne RUBINSTEIN, directrice de cabinet du directeur général

- M. Florent BOUSQUIÉ, direction générale
- M^{me} Hélène OPPETIT, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- M^{me} Vanessa FAGE-MOREEL, directrice des ressources humaines
- M. Patrick CHANSON et M^{me} Véronique DROUET, directeur et adjointe au directeur de la communication
- D^r Laurent TRÉLUYER, directeur des systèmes d'information
- M. Loïc MORVAN, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

- **Invités :**

- M^{me} Sophie ALLEAUME, direction de la transformation et de la stratégie (DST)
- M^{me} Christine GUÉRI, direction des patients, de la qualité et des affaires médicales (DPQAM)
- D^r David OSMAN, médecine intensive – réanimation, hôpital Bicêtre
- M. Jean-Guilhem XERRI, direction de la transformation et de la stratégie (DST)

- **Secrétariat de la CME :**

- M^{me} Coryse ARNAUD (DPQAM)
- M^{me} Déborah ENTE (DPQAM)

- **Membres excusés :**

M^{me} et MM., P^{rs} et D^{rs} Véronique ABADIE, Philippe ANRACT, Jean-Yves ARTIGOU, Frédéric BATTEUX, Sébastien BEAUNE, Jacques BODDAERT, Sophie BRANCHEREAU, Yves-Hervé CASTIER, Jean-Philippe DAVID, Solenn DE POURTALES, Vianney DESCROIX, Margaux DUMONT, Jacques DURANTEAU, Julien FLOURIOT, Vincent FROCHOT, Émelyne HAMELIN, Sandrine HOUZÉ, Marc HUMBERT, Michel LEJOYEUX, Rachel LEVY, Xavier MARIETTE, Salomé MASCARELL, Antoine PELISSOLO, Nathalie PONS-KERJEAN, Clara SALINO, Virginie SIGURET-DEPASSE, Thomas SIMILOWSKI, Ishai-Yaacov SITBON, Samir TINE, Valéry TROSINI-DÉSERT, Michel VAUBOURDOLLE, et Noël ZAHN.

La séance s'ouvre à 16 heures 30, sous la présidence du P^r Rémi SALOMON.

1. Informations du président de la CME

Le président souhaite la bienvenue à M^{me} Vanessa FAGE-MOREEL, nouvelle directrice des ressources humaines de l'AP-HP.

Tribune

Le président informe que la tribune appelant à un véritable choc d'attractivité pour l'hôpital, signée par la quasi-totalité des membres de la CME et par les présidents de CME des centres hospitaliers d'Île-de-France, a été publiée ce jour dans *Le Monde*. Il remercie tous les membres de la CME pour leurs propositions même si toutes n'ont pas pu être retenues. Ce texte a visé à trouver un équilibre et un point d'accord. Certaines propositions pourront être étudiées en interne, notamment concernant l'organisation.

Évaluation des charges de travail

Une réunion tripartite a eu lieu le 8 novembre 2021 avec M. Pierre-Emmanuel LECERF et des représentants des organisations syndicales sur l'évaluation de la charge de travail. Le président suppose que cette réunion donnera lieu à la rédaction d'un compte rendu. Pour sa part, il n'a pas pu assister à toute la réunion mais il a néanmoins entendu des propos très intéressants, notamment l'intervention d'une cadre supérieure de la Pitié-Salpêtrière sur une méthode canadienne d'évaluation de la charge de travail qui tient compte de la personne évaluée. En effet, un jeune infirmier sortant de l'école n'aura pas la même évaluation qu'un professionnel avec dix ans d'ancienneté. Cette approche est adoptée intuitivement par la plupart des équipes, mais elle reste très intéressante. Cette évaluation est simple et utilise une cotation, proche de celle utilisée pour évaluer la douleur, et aboutissant à un code couleur. Cette méthode est donc peu chronophage alors que c'est le reproche le plus fréquent fait aux méthodes d'évaluation de la charge de travail. C'est d'autant plus une vertu lorsque toutes les équipes manquent de temps comme actuellement.

Vie hospitalière et attractivité

Une réunion de la sous-commission *Vie hospitalière et attractivité* (CVHA) a eu lieu le 8 novembre, animée par le P^r Jean-Damien RICARD. Les débats ont porté sur les dispositifs d'accompagnement des nouveaux chefs de service, l'élaboration d'une enquête sur les valences non cliniques et sur les contrats d'association au service public qui seront également évoqués en CME pour voir si la position adoptée par la CME en 2013 doit évoluer.

Situation de la pédiatrie

En 2021, les épidémies hivernales infectieuses ont commencé plus tôt que les années précédentes, notamment la bronchiolite. En 2020, le respect des gestes barrières avait certainement joué dans le ralentissement constaté. À ce jour, il existe encore une incertitude sur l'évolution possible de l'épidémie. Pendant les deux semaines des vacances de Toussaint, un petit répit a été constaté mais la fréquentation des services d'urgence était déjà très importante avant les vacances scolaires (de l'ordre de 20 à 30 % de plus qu'en 2019). Lors de la réunion de crise du 9 novembre 2021, il a été indiqué que la fréquentation restait importante mais sans pour autant retrouver le niveau d'avant les vacances mais cette fréquentation devrait remonter dans les jours à venir. Le président a demandé à M. Simon CAUCHEMEZ, épidémiologiste à l'institut Pasteur qui

avait réalisé les modélisations pour la COVID, de travailler à une modélisation pour les infections pédiatriques. Cependant, ce dernier attendait de recevoir les données pour commencer ces travaux. Or, ces données ont été réceptionnées le 8 novembre, date qui est peut-être un peu trop tardive pour présenter une modélisation avant de franchir le pic. La situation actuelle n'est pas une situation de saturation, cependant si le nombre de cas augmente, il faudra peut-être envisager des déprogrammations comme pour la COVID mais dans un contexte général de manque de personnels. La situation est suivie au jour le jour et deux à trois réunions de crise hebdomadaires sont organisées. Par ailleurs, l'épidémie de grippe pourrait succéder aux épidémies pédiatriques en décembre. Le président encourage donc à la vaccination et rappelle que le vaccin contre la grippe hivernale peut être administré en même temps que la troisième dose de vaccin contre la COVID-19.

Informations du directeur général

Le directeur général évoque l'affaire ayant touché le service de gynécologie de l'hôpital Tenon. Les dernières auditions de la mission d'enquête ont eu lieu vendredi 5 novembre. Le rapport est donc en cours de rédaction. Avec le président de la CME et le président des doyens d'Île-de-France, les chefs de service ou de département médico-universitaire de gynécologie ont été réunis il y a environ deux semaines pour étudier comment apporter toutes les garanties nécessaires aux patientes au-delà de l'affaire en cours. Cette réunion a été utile puisque toute une série de travaux est en cours pour systématiquement prendre en compte les réclamations mais aussi pour établir un document adapté à l'AP-HP concordant avec la charte du collège national de gynécologie. Cette réunion a aussi permis de réfléchir aux moyens de davantage impliquer les représentants des usagers pour s'assurer que les prises en charge soient les meilleures possible. Ce travail doit aboutir à quelques lignes directrices qui serviront aux services de gynécologie et d'obstétrique mais qui pourraient également être utiles à d'autres spécialités.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ indique que plusieurs groupes de travail sont en place. Le premier travaille sur le document de l'AP-HP largement inspiré de la charte élaborée par le collège, mais qui pourrait être amendé notamment sur la partie relative aux étudiants. Le P^r Xavier DEFFIEUX a accepté de se charger de ce travail avec M^{me} Michèle RIVIÈRE pour les sages-femmes et un représentant des départements de médecine générale ainsi que le P^r Geneviève PLU-BUREAU, coordinatrice pour la gynécologie médicale. Un interne en gynécologie-obstétrique pourrait aussi s'associer à cette réflexion. Le P^r Laurent MANDELBROT participe en tant que membre de la collégiale et représentant de la CME. Par ailleurs, même si la charte est travaillée pour la gynécologie-obstétrique, elle pourrait avoir vocation à s'adresser à d'autres spécialités également confrontées aux mêmes situations, comme la radiologie, l'urologie et certains services de chirurgie viscérale, entraînant des discussions avec d'autres collégiales. Le deuxième groupe de travail se penche sur la gestion des réclamations. Participent à ces travaux le P^r François GOFFINET, des représentants de la direction des affaires juridiques et des droits des patients (DAJDP) et un groupe préexistant. L'objectif est de présenter un projet de document en vue de la prochaine réunion plénière qui se tiendra fin novembre ou début décembre.

Le directeur général ajoute qu'il a reçu la collégiale de neurologie avec le président de la CME et le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ notamment. La neurologie enregistre un surcroît de lits fermés en raison d'une pénurie de personnel. Cette situation peut aboutir à des prises en charge compliquées. La collégiale a donc saisi la direction pour trouver des solutions. Des travaux auront lieu dans les semaines à venir pour identifier des pistes de travail. Même si ce n'est pas un préalable, il a été convenu que cette discipline pourrait être le domaine où tester le nouveau

dispositif d'évaluation de la charge de travail. Cependant, des réponses spécifiques devront aussi être apportées à cette discipline qui connaît des difficultés variables selon les services.

Le réseau *European university hospital alliance* (EUHA) regroupant les neuf plus grands centres hospitalo-universitaires (CHU) d'Europe a tenu une réunion lundi 8 novembre 2021. Ce réseau examine plusieurs thématiques de travail, notamment une qui pourrait aboutir rapidement à un premier essai *CAR-T cells academic* avec trois CHU européens. Cette initiative peut être très structurante pour l'AP-HP compte tenu du développement des *CAR-T cells* et du rapport de l'industrie pharmaceutique à ces innovations. Au niveau de l'alliance, il est également proposé d'organiser des échanges sur des données comparatives de charge de travail, sujet qui intéresse en premier lieu l'AP-HP mais aussi les autres membres de ce réseau européen.

À ce jour, 13 % des lits sont fermés faute de personnel contre 19 % fin septembre, soit une légère amélioration du ratio après quelques recrutements et la mobilisation des services. Pour autant, les difficultés demeurent considérables. Au-delà des travaux menés pour faire progresser le recrutement, des travaux sont conduits parallèlement avec les établissements pour travailler sur des paramètres organisationnels (durée du séjour, nombre d'entrées le dimanche soir, recours aux hôtels hospitaliers, etc.). Dans le même temps, le tirage sur l'intérim et les heures supplémentaires demeure très élevé.

Il signale également qu'une équipe du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) de Lariboisière s'est fait attaquer en service au moment d'aller chercher un patient grave. Le temps de récupérer le patient, le véhicule de secours bloquait la circulation et c'est alors qu'une dizaine de personnes a commis l'agression, jusqu'à entrer dans le camion. Une plainte a été déposée. C'est la première fois que la violence prend cette forme.

Lundi 8 novembre au matin, au sein de l'hôpital Saint-Louis, un cadre a tenté de s'immoler par le feu dans son bureau. Son geste a pu être arrêté par le chef de la sécurité. Cet incident n'a rien à voir avec les tensions hospitalières car le cadre ne travaillait pas dans un service de soins et n'était pas soumis à une lourde charge de travail. Cette personne était accompagnée pour des fragilités de différentes natures. Certains de ses collègues avaient même porté plainte contre lui. Ce drame pose la question de savoir s'il faut garder dans les effectifs des personnels fragiles. Par ailleurs, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) s'est réuni ce jour et une enquête sera menée. Une enquête judiciaire sera aussi diligentée.

Pour terminer, le directeur général donne la parole à M^{me} Vanessa FAGE-MOREEL pour qu'elle se présente.

M^{me} Vanessa FAGE-MOREEL souligne qu'elle a pris ses fonctions le 8 novembre après avoir exercé à la direction générale de l'offre des soins (DGOS) au ministère et avoir mené les discussions relatives aux ressources humaines pour le « Ségur de la santé ». Elle a participé à la rédaction des textes nécessaires à la gestion de la crise sanitaire, notamment ceux ayant permis d'augmenter le temps de travail et de mobiliser les étudiants en santé. Précédemment, elle a été directrice des ressources humaines de plusieurs CHU, notamment de Bordeaux et de Toulouse.

2. Approbation des comptes rendus des CME des 14 septembre et 12 octobre 2021

Les comptes rendus des CME des 14 septembre et 12 octobre 2021 sont approuvés.

3. Avis sur le plan d'action 2021-2025 pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (QSS & CAPCU) (P^r Christian RICHARD, D^r David OSMAN, M^{me} Christine GUÉRI)

Le président remercie le P^r Christian RICHARD, même s'il ne peut pas être présent ce jour, pour ses presque trois mandats en tant que coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS) de l'AP-HP. Le D^r David OSMAN lui succédera dans ces fonctions en janvier 2022. Le P^r Christian RICHARD continuera à présider le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) jusqu'à la fin de son consultanat. Le D^r David OSMAN exerce dans le service de médecine intensive et réanimation de Bicêtre. En sa qualité de CGRAS, il siègera à la CME en tant que membre consultatif comme le prévoit la « loi RIST ». Il est actuellement coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins du groupe hospitalo-universitaire (GHU) Paris-Saclay et responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicamenteux stériles de l'AP-HP.

Le président ajoute qu'ont été invités à se connecter à ce point les présidents des instances centrales de la QSS & CAPCU, à savoir le P^r Stéphane MOULY, qui vient d'être nommé à la commission centrale du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMÉDIMS), le P^r Agathe RAYNAUD-SIMON, présidente du comité central de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) et le D^r Isabelle NÈGRE, présidente du comité de lutte contre la douleur et de développement des soins palliatifs (CLUD-SP), ainsi que les représentants des usagers, M^{mes} Marie CITRINI et Brigitte AGOSTINI.

Le D^r David OSMAN indique en introduction que la présentation vise surtout à présenter l'esprit du texte, la manière dont le projet a été construit ainsi que quelques actions emblématiques.

M^{me} Christine GUÉRI indique que le projet relatif à la qualité et à la sécurité des soins et à la prise en charge des usagers est un projet porté de manière forte par la CME et par la direction générale afin de servir de socle à une déclinaison de programmes d'action à la fois au niveau des commissions centrales, comités et groupes de travail mais aussi au niveau des groupes hospitaliers et des sites. En ce sens, ce projet doit être vu comme un cap sur la durée du projet d'établissement de l'AP-HP. Ce projet apparaît nécessaire car les sujets qu'il aborde répondent à une exigence légitime de la part des patients, de leur entourage et de leurs représentants. Ce projet fédère aussi tous les acteurs de l'hôpital autour d'un travail d'équipe et d'objectifs formalisés. Il nécessite un engagement fort de la gouvernance à tous les niveaux, celui de la direction générale, de la gouvernance des groupes hospitaliers, des sites, des services, des départements médico-universitaires (DMU).

Le projet court sur la période 2021-2025 et s'articule avec le projet médical, le projet de soins, le projet social et le projet « s'engager vis-à-vis des patients ». Il vise à constituer un socle permettant de formaliser ensuite des feuilles de route. Il nécessite une approche collective dans sa conception mais aussi dans sa réalisation. Il a donc associé des représentants des usagers et de la commission centrale de concertation avec les usagers (3CU), la commission QSS & CAPCU, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CISRMT) et des coordonnateurs généraux de soins. Ces travaux ont été conduits avec la direction Patient, qualité, affaires médicales (DPQAM) et avec les directions qualité des groupes hospitalo-universitaires (GHU) et sites.

Ce projet met en avant cinq enjeux majeurs. Le premier est une impulsion forte portée par les commissions médicales d'établissement locales (CMEL) et par les directions des groupes hospitaliers et des sites. C'est d'autant plus important que l'impulsion et la coordination sont des

éléments importants dans le cadre de la future procédure de certification. Le deuxième enjeu porte sur l'implication et la mobilisation forte du management des DMU et des services comme un levier indispensable. Le troisième enjeu est celui de la reconnaissance avec des professionnels qui pourront être des référents et des relais. Le quatrième enjeu couvre la nécessité de considérer ces démarches de qualité et de sécurité des soins comme composante intégrale du quotidien de tout soignant et de tout professionnel hospitalier. Ce principe doit valoir quelle que soit la mission car cet enjeu concerne l'organisation et les fonctions supports comme les parcours patients. Le cinquième enjeu concerne la participation des personnels en formation qui doivent être informés et avoir accès au partage de bonnes pratiques.

Ce projet intègre aussi de nombreuses évolutions réglementaires mais aussi les enjeux nationaux. La nouvelle procédure de certification hospitalière sera un objectif pour les GHU et sites. Ce travail cherche aussi à valoriser financièrement les indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour qu'ils aient un impact budgétaire positif. Une place centrale est accordée à la formation initiale et continue mais aussi à la recherche et à l'évaluation, car toutes ces sphères sont liées dans un CHU. Enfin, le projet a été élaboré dans un contexte de crise sanitaire et vise donc à tirer les leçons de la gestion de la crise et à s'appuyer sur les retours d'expérience.

Le D^r David OSMAN souligne que la politique et le programme d'action se structurent autour de trois axes : faire évoluer et pérenniser la démarche qualité et la culture qualité, poursuivre la mise en place d'une gestion globale des risques et promouvoir le partenariat patient et le respect des droits des patients.

Quatre objectifs sont poursuivis pour répondre au premier axe : améliorer le pilotage et la coordination des acteurs, renforcer la culture de la qualité et de la sécurité des soins, intégrer les dimensions qualité dans les projets d'innovation et renforcer la démarche éthique.

Dans le but d'améliorer le pilotage et la coordination des acteurs, il conviendra que la gouvernance tant sur le plan stratégique qu'opérationnel soit mobilisée et joue un rôle d'impulsion. Il faut identifier et valoriser les acteurs : les référents qualité et réseaux d'experts mais aussi les présidents de commissions, de comités, des CGRAS, les responsables des équipes opérationnelles et mobiles. Tous ces acteurs doivent participer à un management intégré pour œuvrer à la qualité et à la sécurité des soins. Un focus est également mis sur le management des services et sur les équipes d'encadrement car ce management est clé pour déployer les actions au sein des services. Le projet soumet des propositions pour améliorer l'implication du management des services ne serait-ce que pour sensibiliser et former à ces thématiques. La coordination passe aussi par le développement des parcours de soins et de santé. Ce sont par exemple les parcours ville-hôpital pour lesquels il faut éviter toute rupture ou les cercles de soins qui est une notion plaçant le patient comme un acteur de son projet de soins qui doit être écouté et entouré par les professionnels qui disposent d'outils pour mieux communiquer entre eux.

Pour renforcer la culture, il est proposé d'accompagner la démarche de certification qui a toujours été un levier. Ce sera encore plus le cas avec une nouvelle modalité d'investigation, plus pragmatique et plus proche du terrain. Dans ce cadre, la Haute Autorité de santé (HAS) entend regarder des résultats appelés « traceurs ». Par ailleurs, le recueil des indicateurs qualité nationaux reprendra après avoir été gelé pendant la crise sanitaire. Il reprendra dans le cadre de la valorisation financière à la qualité (IFAQ) à la suite de décrets récents. Pour les instances centrales et le siège, il est proposé de développer et mettre à disposition des outils institutionnels d'évaluation, d'information et d'aide. Le projet est aussi d'enrichir l'offre de formation à la qualité mais aussi de proposer de nouveaux formats avec la simulation.

Pour intégrer la dimension qualité dans les projets d'innovation, le projet est d'accompagner le déploiement des outils numériques dont le dossier patient, les logiciels de prescription, les logiciels d'analyse pharmaceutique, les outils de télé-médecine, les plates-formes de consultation, etc. qui sont autant d'outils de nature à améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Il s'agit aussi d'accompagner le déploiement des thérapies innovantes, par exemple en favorisant la formalisation de protocoles d'autorisation de ces thérapies. Dans ce chapitre, il est aussi proposé de développer des actions culturelles et de mieux-être à l'hôpital.

Pour ce qui concerne la démarche éthique, l'objectif est d'en améliorer la structuration sur les sites hospitaliers. En lien avec la crise sanitaire et notamment avec le retour d'expérience de la première vague, plusieurs sujets ayant une véritable dimension éthique sont apparus : visites, déprogrammations, protection des personnels, vaccination, prise en charge des défunts, c'est-à-dire d'améliorer l'accompagnement des familles endeuillées et de considérer les chambres mortuaires comme des services de soins à part entière. Les projets de qualité, gestion des risques et la déclaration des événements indésirables doivent donc aussi concerner les chambres mortuaires.

L'axe 2 concerne la mise en place d'une gestion globale des risques. Il se structure autour de quatre points : développer le management par les risques, renforcer la prévention et la prise en charge des risques associés aux soins, renforcer les vigilances sanitaires, améliorer la gestion de crise et le circuit des plans d'urgence.

Le management par les risques est un sujet fondamental et doit conduire à améliorer la déclaration des événements indésirables, et notamment des événements indésirables graves. Cette dimension fait appel à l'apprentissage par l'erreur. De nombreux progrès ont eu lieu dans le domaine de la déclaration des événements indésirables graves mais il a été noté un certain fléchissement, sans doute multifactoriel et qui doit être analysé. Ce projet doit être l'occasion de renforcer la dynamique autour de ce sujet. Il doit être l'occasion aussi de valoriser et dynamiser les réunions de morbi-mortalité (RMM). C'est une vraie carte à jouer pour les chefs de service et équipes d'encadrement pour améliorer l'analyse des événements indésirables graves. Les RMM peuvent, outre améliorer la sécurité des soins, permettre de favoriser la cohésion d'équipe, la pédagogie voire la qualité de vie au travail. Par ailleurs, déclarer les événements indésirables graves, c'est leur donner de la visibilité et c'est donc améliorer l'annonce d'un dommage lié aux soins mais aussi l'accompagnement des professionnels confrontés à ces événements, d'autant que ces professionnels peuvent être réticents à cet accompagnement. Des actions seront donc sans doute à mener en concertation avec les commissions de vie hospitalière.

Sur le thème du renforcement de la prise en charge des risques associés aux soins, les objectifs sont de prévenir les infections et contribuer à limiter la résistance aux antibiotiques avec un nouveau chapitre sur la prévention contre la COVID. Un autre chapitre porte sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, thématique renforcée par un nouvel arrêté sur la sécurité des dispositifs médicaux avec des enjeux très forts en termes d'informatisation, de traçabilité et d'information aux patients. Des actions seront à mettre en place dans ce domaine dans les années à venir. Le projet vise aussi à renforcer les règles d'identitovigilance et profiter du déploiement de l'identifiant national en santé pour dispenser des formations. Beaucoup d'actions sont aussi proposées par le CLAN et le CLUD-SP autour de la prise en charge de la dénutrition et de la douleur avec notamment des actions autour du déploiement et du renforcement des équipes transversales et la rédaction de protocoles de coopération.

En outre, les objectifs sont de mieux collaborer avec les vigilants sanitaires en termes de déclaration et d'analyse des événements indésirables pour qu'ils soient considérés comme de véritables experts de l'analyse de ces événements. Il convient aussi d'améliorer la formation à l'hémovigilance, notamment celle des prescripteurs, et d'accompagner la dématérialisation du dossier transfusionnel.

Enfin, concernant la gestion de crise, des actions sont proposées en vue de mettre en place une cellule de veille sur l'activité des soins non programmés. Il est projeté aussi l'actualisation de la planification institutionnelle de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.

L'axe 3 portant sur le partenariat avec le patient se décline autour de trois objectifs : mieux prendre en compte l'expérience du patient et développer le partenariat patient ; renforcer l'information délivrée au patient ; améliorer la prise en charge de la fin de vie.

Pour aller dans cette direction, il convient de poursuivre le travail engagé sur l'analyse des plaintes, des réclamations et des enquêtes de satisfaction et le déploiement du label Hospitalité. Cependant, il faudra aussi développer de nouveaux outils d'exploration de l'expérience patient et des indicateurs qualité de résultats cliniques (*clinician-reported outcome measures*, CROM) et des indicateurs de la perception de la qualité des soins (*patient-reported outcomes measures*, PROM) pour les confronter aux soins dispensés dans les services selon la méthode des « soins de santé fondés sur la valeur » (*value based health care*).

Sur la prise en charge de la fin de vie, les objectifs seront de renforcer la formation des soignants, d'améliorer le recueil des directives anticipées et de la personne de confiance, sujets qui sont encadrés par la loi depuis les années 2000 mais sur lesquels il existe un potentiel d'amélioration peut-être par l'intermédiaire de la dynamique médico-universitaire.

En conclusion, le D^r David OSMAN souligne que le projet est ambitieux et construit de manière simple autour de trois axes et 11 objectifs. Il propose un vaste programme d'actions, des indicateurs et réserve une place particulière au partenariat avec les patients. C'est aussi un projet exigeant, dans le contexte de tensions et de crises traversées par l'hôpital. Il y a toujours une part d'utopie dans un projet de cette nature mais ce projet doit être vu comme un outil pour s'améliorer. C'est également un projet qui a vocation à être décliné au niveau des GHU et des sites, nécessitant l'engagement de tous. Enfin, c'est un projet qui doit faire de la qualité et de la sécurité des soins un levier pour, non seulement améliorer la qualité des soins délivrés aux patients, mais aussi la qualité de vie au travail des personnels. Il remercie tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de ce projet.

Le président fait remarquer que ce sujet apparaît en tête de l'ordre du jour car l'engagement de la CME doit être plein et entier sur cette mission principale de la commission médicale d'établissement. Les membres de la CME soutiendront ce projet à toutes les étapes de sa déclinaison car il faudra aussi le faire vivre dans les sites et dans les services. Parfois ces sujets sont présentés comme des sujets administratifs voire rébarbatifs car ils renvoient aussi à la certification et aux indicateurs, mais ce sont en fait des sujets essentiels dans les services. Beaucoup de professionnels regrettent de ne pas pouvoir remplir leurs missions dans des conditions de sécurité et avec la qualité requise. Le rôle du management paramédical et médical est essentiel aussi sur ces thématiques. Il ne suffit pas qu'un référent soit désigné mais il faut absolument que toute l'équipe soit mobilisée. Le partenariat avec le patient est aussi un sujet qui peut susciter de la défiance de la part du corps médical mais qui doit se concrétiser, notamment à l'occasion des 20 ans de la loi de démocratie sanitaire de 2002. Accentuer l'effort sur la qualité et

la sécurité des soins en période de crise sanitaire peut sembler complexe car il faut y consacrer du temps, mais ces sujets sont encore plus nécessaires en temps de crise. Le président souhaite également insister sur l'accompagnement de la fin de vie. L'hospitalisation à domicile a décidé de développer les prises en charge en soins palliatifs (HÀD). Il convient de développer ce type de prise en charge qui n'est pas encore suffisamment proposée en HÀD. Plus globalement, beaucoup reste à faire dans ce domaine et le président souhaite que la CME s'associe à ces efforts avec les différents partenaires (HÀD, services de soins palliatifs, collégiale, médecine de ville).

M. Guy BENOÎT lie l'amélioration de la qualité aux ratios évoqués depuis des mois voire des années. Il demande donc qu'un engagement soit enfin pris de manière forte. Par ailleurs, les enjeux de sécurité autour des dispositifs médicaux implantables (DMI) sont majeurs. Pour mémoire, il rappelle que la traçabilité des DMI a été fixée dans un décret du 29 novembre 2006 à propos de la matériovigilance et implique de pouvoir retrouver les patients en cas d'incidents graves. Pourtant, après les affaires des prothèses des sociétés *Ceraver* et *Poly implant prothèse* (PIP), il n'existe toujours pas de logiciel intégré et uniforme qui fonctionne à l'AP-HP. Pourtant avec l'ex-direction de l'organisation et des relations avec l'université (DOMU), un projet avait été élaboré en vue de mettre en place des armoires intelligentes et sécurisées utilisant la technologie RFID. Pourtant, sur les sites, chacun trouve sa propre solution. Finalement, sur un tel sujet, il n'y a jamais eu la volonté de la direction générale, au sens large du terme, d'impulser une politique dans ce domaine, entraînant le fait que les sites les mieux dotés trouvent de meilleures solutions que les plus démunis. Il souhaite donc solennellement que ce point soit pris en compte de manière globale, que la direction générale prenne le sujet en main et que les sites ne soient pas livrés à eux-mêmes. Aujourd'hui, la traçabilité patient est organisée *via* des logiciels de gestion, ce qui est une mauvaise solution, puisqu'elle doit relever du dossier patient. Désormais, l'AP-HP se trouve placée au pied du mur mais de nombreuses alertes ont pourtant été émises par le passé.

Le D^r David OSMAN rejoint les points soulignés par M. Guy BENOÎT. Le sujet des ratios est à prendre en compte car c'est un prérequis indispensable. Cependant, son rôle est aussi de rappeler qu'il faut faire au mieux avec les moyens présents tout en valorisant les actions qui peuvent être menées pour améliorer les ratios. Sur le deuxième point, il reconnaît que le retard est réel. Il existe maintenant une obligation fixée par une nouvelle réglementation. Il espère donc que les projets engagés de manière trop lente ces dernières années s'accéléreront avec un enjeu majeur d'informatisation et, derrière, un enjeu financier.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ explique que le non-aboutissement du projet relatif à la sécurité des dispositifs médicaux explique que des contournements du système aient été proposés à certains endroits en utilisant un logiciel de gestion, co-pilote. Cependant, un logiciel est maintenant expérimenté sur deux sites, dont Ambroise Paré. Un déploiement général est ensuite prévu très prochainement. En effet, il est urgent que l'AP-HP se mette en conformité avec ce qui est prévu par la réglementation en matière de suivi des dispositifs médicaux. D'autres investissements ont été consentis dans le domaine de la sécurisation du médicament et du numéro d'identification des médicaments (*drug identification number*, DIN) mais, indéniablement, des progrès restent à faire pour les dispositifs médicaux.

Le P^r Laurent MANDELBROT constate que le terme d'utopie a été évoqué au cours de la présentation, mais ce sont vraiment des orientations vers lesquelles il faut tendre. Il a entendu aussi qu'il faudrait décliner ce plan, ce qui laisse entendre une organisation très pyramidale, alors que des initiatives sont prises aussi dans les services et qu'il y a beaucoup à apprendre de ces derniers. Il préférerait donc que soit utilisé un autre verbe que le verbe « décliner » car les apports

devront avoir lieu dans les deux sens. Par ailleurs, si, vu de l'administration, le taux d'occupation des lits doit être de 100 %, ce taux ne correspond pas à la vie des services. Par exemple, une patiente suivie par une maternité vivrait mal le fait d'être transférée au dernier moment car il n'y aurait pas de lits ou de personnels pour la prendre en charge. Ces questions relatives à la qualité des soins rejoignent aussi celle de l'attractivité des métiers.

Le président rejoint le fait que la qualité des soins n'est pas de maintenir un taux d'occupation de 100 % mais de garder une capacité d'accueil en cas d'imprévus. Il reconnaît également que le transfert des patients obère la qualité de la prise en charge, mais aussi la qualité de la vie au travail. Il indique par ailleurs que la présentation a insisté sur le rôle des services mais il note que le mot « déclinaison » n'est peut-être pas le plus approprié. La difficulté est que certains services s'emparent de ces sujets tandis que d'autres beaucoup moins. Ce projet vise donc à ce que cette démarche concerne tous les sites et permettent d'insuffler une dynamique.

M^{me} Christine GUÉRI indique que le projet a été construit avec des personnes qui travaillent avec les équipes au quotidien. Des retours d'expérience sont organisés régulièrement avec les réseaux et le projet s'inspire donc grandement des initiatives mises en place localement. Au cours des commissions, l'objectif est de faire intervenir des sites et des services. Le projet sur la qualité et la sécurité des soins visent à insuffler des objectifs vers lesquels la plupart des GHU et des sites tendent mais plus fortement en partant du principe que l'engagement collectif sera plus puissant. Par ailleurs, le projet de chaque site sera nourri des initiatives propres au site car les priorités diffèrent aussi suivant les endroits.

Le D^r Cyril CHARRON indique au sujet des dispositifs médicaux implantables (DMI) qu'il a été demandé au prestataire d'ORBIS, AGFA, de développer un outil de traçabilité des dispositifs médicaux depuis 2010, mais sans aboutir pendant plusieurs années. Ceci montre que la responsabilité n'est pas uniquement celle de l'AP-HP mais que le prestataire n'a pas rempli non plus ses engagements.

4. Point sur ORBIS (P^r Hubert DUCOU LE POINTE, D^{rs} Cyril CHARRON et Laurent TRÉLUYER)

Le P^r Hubert DUCOU LE POINTE indique que la charte informatique a été travaillée par la sous-commission numérique et pourra être soumise à la CME prochainement.

Le D^r Cyril CHARRON signale que le module réanimation devait être déployé de longue date avec des outils spécifiques sur le bilan entrées/sorties, la prescription de la ventilation et des machines qui suppléent les organes. À ce jour, à l'AP-HP, moins de dix unités utilisent la pancarte ORBIS. Seuls deux (Ambroise-Paré et Raymond-Poincaré) ont le module « *full ORBIS* », c'est-à-dire qu'ils se servent de la pancarte, de la prescription médicamenteuse, des soins et de la biologie et du dossier patient. Plusieurs projets devaient aboutir en 2020 et 2021 mais ont été retardés du fait de la crise sanitaire et de problématiques budgétaires sous l'effet de notifications tardives. De plus, un prestataire n'a pas fait aboutir les développements escomptés sur la pancarte de réanimation et a proposé un outil aux performances médiocres. Plusieurs services de l'AP-HP sont équipés de logiciels professionnels dédiés à la réanimation. Il en existe trois principaux : *Métavision* (Pitié-Salpêtrière), *Clinisoft* (Cochin et Pitié-Salpêtrière) et *Diane* (Lariboisière). Ce sont des outils performants à la main des réanimateurs qui eux-mêmes ont participé à l'adaptation et au paramétrage du logiciel. Cependant, certains de ces logiciels sont en fin de licence notamment pour la prescription médicamenteuse. Depuis deux ans, la législation européenne désigne ces logiciels comme des dispositifs médicaux alors que *Métavision* et *Clinisoft* n'ont plus cette certification, ce qui pose problème. De plus, *Métavision* n'a plus de bureaux en France. Par

ailleurs, pour continuer à utiliser *Clinisoft*, il faudrait installer une nouvelle version. Les professionnels ne veulent pourtant pas changer de logiciel car les caractéristiques d'*Orbis* sont insuffisantes.

Le marché entre *Dédalus*, qui a racheté *Orbis*, et l'AP-HP a été renouvelé. Une première rencontre a eu lieu entre le directeur général de l'AP-HP et le président de *Dédalus* Monde, M. Andrea FIUMICELLI. Pour information, *Dédalus* appartient au plus grand fonds d'investissement européen (ex-fonds AXA). Dans le cadre de cette rencontre, *Dédalus* a pris l'engagement fort de mener des développements prioritaires pour l'AP-HP dont l'anesthésie, l'intensive care, le module hôpital de jour et la modernisation du dossier médical. Par ailleurs, à l'instar de ce qui a été concluant sur la prescription médicamenteuse, il sera proposé une méthode de travail agile avec des réunions extrêmement rapprochées, des présentations de maquettes et des échanges itératifs avec les utilisateurs. Cette méthode permettra de disposer d'une version du logiciel correspondant aux besoins des utilisateurs et ne conduira pas, comme par le passé, à attendre un an ou plus, avant que les correctifs demandés soient intégrés. Par ailleurs, l'équipe de développement de *Dédalus* est passée de 200 à 400 personnes et pourrait atteindre 500 en 2022. L'équipe de développement se situe à Vienne en Autriche. Les représentants de *Dédalus* annoncent qu'*ORBIS* est leur pierre angulaire et que leur souhait est de faire converger leurs autres outils vers *ORBIS* à terme. Cela concerne aussi *DXCare* qui équipe l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) aujourd'hui.

Un groupe AP-HP a été constitué. Il se veut le plus large possible et intègre à la fois des compétences de médecine intensive réanimation (MIR) et les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) mais aussi des utilisateurs d'*ORBIS* et des utilisateurs d'autres logiciels. Ce groupe associe aussi des pédiatres, le D^r Christophe VINCENT-CASSY et les référents de la pancarte *Orbis*, MM. Abdelaziz GOURRY et Jamal BAHI. Après la réunion de constitution du groupe de travail en juillet 2021, une équipe de développement de *Dédalus* s'est rendue à Paris pour visiter plusieurs sites (Pitié-Salpêtrière, Ambroise Paré, Cochin). Puis, un séminaire a été organisé au cours duquel les équipes *Dédalus* ont présenté des projets sous un format de maquette, concept ou future livraison. Cette rencontre a aussi permis aux équipes de *Dédalus* de comprendre comment l'AP-HP fonctionnait et ses besoins. Le groupe de travail s'est également réuni le 22 octobre pour présenter les problématiques techniques. D'autres points restent à traiter et donneront lieu à une rencontre à Vienne dans le cadre d'un séminaire ou d'un échange virtuel.

Les professionnels qui utilisent aujourd'hui les logiciels *Métavision*, *Clinisoft* et *Diane* souhaitent pouvoir paramétrer leurs données dans *ORBIS*, ce qui sera difficile. Ils souhaitent également pouvoir faire du « requêtage » sur les bases de données pour élaborer des tableaux de bord et mener des travaux de recherche. Le D^r Cyril CHARRON a donc pris contact avec l'équipe « web, innovation, données » (WIND) de M. Stéphane BRÉANT pour organiser un chaînage fiable des données en réanimation dans l'entrepôt de données santé (EDS), ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Certaines données majeures ne sont pas dans l'EDS, ce qui constitue un vrai problème. Il faut réussir à établir des tableaux de bord spécifiques pour la réanimation alors que la crise sanitaire a montré qu'il était complexe de connaître le nombre de malades ventilés, le nombre de lits ouverts, etc. Il faut aussi pouvoir récupérer les bases de données existantes pour les sécuriser. Aujourd'hui, les flux n'existent pas et il faudra les créer. Tous ces travaux nécessiteront de doter l'équipe WIND de moyens, ce qui requiert le soutien de la CME et des collèges afin que l'outil utilisé par la réanimation soit fiable, robuste, aux normes et aussi performant que les logiciels métier.

Le président relaie la question posée par le P^r Yves COHEN sur le fil de conversation, qui porte sur le module de prescription attendu depuis deux ans et dont il faudrait disposer avant la

certification. Il rapporte également la question posée par le P^r Laurent MANDELBROT qui demande si le sujet de la maternité figure parmi les priorités.

Le D^r Sonia CERCEAU constate que le groupe de travail n'intègre pas d'anesthésistes pédiatriques. La consultation d'anesthésie avait été cadrée uniquement par des anesthésistes adultes. Certes cette discipline est une niche à l'AP-HP, mais elle présente des spécificités qu'il faut prendre en compte dans ORBIS.

Le D^r Cyril CHARRON indique que certains sites pédiatriques utilisent la consultation d'anesthésie actuelle et sembleraient en être satisfaits.

Le D^r Sonia CERCEAU s'étonne de cette réponse alors que les anesthésistes pédiatriques des hôpitaux Robert-Debré et Necker n'en sont pas satisfaits.

Le D^r Cyril CHARRON ajoute que des chantiers sont lancés avec des pédiatres anesthésistes pilotés par le P^r Vincent DEGOS. Au-delà du dossier, le compte rendu d'anesthésie doit aussi être développé. Il manque encore une brique relative au bloc opératoire qui devrait être développée au sein d'ORBIS car cela peut entraîner des ruptures de suivi au bloc opératoire ou en salle de surveillance post-interventionnelle. La présentation de ce jour s'est focalisée sur la réanimation et sur le module des unités de soins intensifs (*intensive care unit*, ICU) alors que l'anesthésie a certes des points communs avec la réanimation mais aussi des spécificités.

Le D^r Laurent TRÉLUYER indique que le dossier maternité a été élaboré sous la responsabilité de la collégiale par le D^r Guillaume GIRARD de l'hôpital Trousseau. Ce dossier déjà déployé à Trousseau et Tenon fait l'objet d'un plan de déploiement en 2022. Il manque encore le partogramme qui est en cours de développement. Là où le dossier maternité est déployé, les utilisateurs en sont satisfaits. En réponse à la question portant sur la prescription, en revanche, il n'est pas en mesure de préciser les dates du plan de déploiement. Il conseille donc au P^r Yves COHEN à se rapprocher de son directeur des systèmes d'information local.

Il présente un bilan d'ORBIS depuis 2020. Ce projet a donné lieu à des succès avec le dossier unique du patient qui est devenu la principale source d'information pour la prise en charge. Le dossier médical fait l'objet d'évolutions permanentes avec l'ajout de nouveaux formulaires. Il est observé une massification des usages avec un pic de 17 000 utilisateurs en simultané contre 12 000 utilisateurs il y a un an et 89 000 comptes actifs dont 24 000 personnels médicaux (PM) et 54 000 personnels non médicaux (PNM), le solde correspondant à des comptes techniques ou génériques. Le volume de production documentaire affiche une croissance de 15 % par an. Il est enregistré aussi un accroissement rapide des envois par messagerie des comptes rendus. Le module complet des urgences reste à déployer sur quatre sites. Pour le circuit du médicament, le module prescription-administration est mature même si certaines fonctions sont encore manquantes pour la pharmacie.

Il reste aussi des points d'attention et des attentes fortes. Le dossier médical et de soins doit s'améliorer et entrer dans les nouvelles technologies. Le compte rendu d'anesthésie, à l'exception de la pédiatrie qui est un sujet qui doit être repris, a été déployé dans la plupart des services d'anesthésie de l'AP-HP. Quelques services sont déployés dans les salles de surveillance post-interventionnelle (SSPI). Le module complet fait l'objet d'échanges avec l'équipe de *Dédalus*. Des points d'attention portent aussi sur la réanimation comme l'a exposé le D^r Cyril CHARRON. Pour l'hôpital de jour, quelques points restent à analyser avant un déploiement complet. La migration de *DXCare* vers ORBIS reste aussi à mener à l'hôpital européen Georges-Pompidou. C'est un dossier

qui a fait l'objet d'une étude de *Capgemini* et qui doit permettre de dessiner une feuille de route pour l'ensemble des supports (laboratoire, génétique et portail patients).

Le nouveau marché pointe quatre focus : le dossier médical, le dossier de soins, social et de rééducation, les urgences et les habilitations. Concernant le dossier médical, plusieurs modules sont en production. De nouveaux modules sont programmés pour 2020-2021. Tous les ans, les équipes *Dédalus* ou de l'AP-HP développent de nouveaux modules ou formulaires pour les différentes spécialités. Plusieurs thématiques ont été intégrées dans le dossier de soins, social et de rééducation : la prise en compte du rôle des infirmiers et de coopération, les infirmiers de pratique avancée (IPA), le dossier des enseignants en activité physique adaptée, le tutorat, etc. Quelques projets ont été ralentis en 2021 compte tenu de limitations de la capacité budgétaire mais ils seront reprogrammés en 2022 et ils concernent tous les établissements. Il est possible que le déploiement de l'hôpital Bicêtre soit accéléré car ce site utilise une ancienne version. Le programme concerne les 25 services d'urgences adultes et pédiatriques de l'AP-HP. Aucun déploiement n'a lieu pendant l'hiver pour ne pas organiser ces opérations en pleine charge. Trois sites resteront à déployer en 2022 : Bicêtre, Lariboisière et Bichat.

La bascule vers la version 8.5.18 a eu lieu dans la nuit du 2 au 3 octobre 2021. Cette montée de version a été particulière car elle a conduit à passer directement de la version 8.5.16 à la version 8.5.18 pour éviter deux interruptions dans l'année. En contrepartie, cette montée de version a été relativement lourde. 34 sujets fonctionnels ont posé difficulté et donné lieu à de vraies régressions, en particulier sur les unités et les livrets des médicaments. D'autres problèmes ont concerné les résumés des passages aux urgences. Un important travail a été mené avec les pharmaciens des GHU, avec l'agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) et avec la DPQAM pour trouver des solutions de contournement avant que ne soient mis en place des correctifs. Les 21 anomalies considérées comme majeures sont maintenant corrigées, les autres ont été considérées comme mineures, ont fait l'objet de contournements et seront corrigées d'ici le 22 ou 23 novembre.

Au-delà des sujets fonctionnels, des sujets techniques ont aussi été enregistrés avec l'augmentation importante de l'utilisation de la base de données, qui provoque les ralentissements du lundi matin. La nouvelle version 8.5.18 exige 20 % de puissance informatique en plus mais cette exigence n'avait pas été anticipée. Un quatrième nœud informatique sera mis en place le 13 et 14 novembre en attendant la mise en marche de l'infrastructure informatique renforcée en janvier 2022. Par ailleurs, sur le serveur d'application, la notion d'alerteur a dû être arrêtée car utilisant trop de ressources informatiques. *Dédalus* doit mettre en place les correctifs d'ici le 22 ou 23 novembre afin de pouvoir reprendre l'alerteur.

Un tableau de bord est publié hebdomadairement dans le bulletin d'information « 7 jours à l'AP-HP » précisant le nombre de connexions par jour, le nombre d'écrans roses en cas de perte de connexion, et les incidents ou événements remarquables, ce qui permet d'évaluer les difficultés d'accès. Un point de situation bihebdomadaire est aussi réalisé entre le directeur général et le président de *Dédalus* pour suivre la montée de version et tracer les correctifs. Un audit externe est également en cours sur les processus de développement de *Dédalus* et sera étendu aux processus de qualifications au sein de l'AP-HP. Les mises en production peuvent avoir lieu avec ou sans arrêt de production. Pour minimiser l'impact de ces arrêts, ceux-ci sont programmés à 5 heures du matin. La prochaine mise en production du 22-23 novembre sera sans arrêt de production. D'autres éléments sont attendus en décembre avec des évolutions réglementaires concernant les urgences, puis en mai ou juin 2022 avec des correctifs et des évolutions en lien avec le « Ségur de la santé » numérique.

M^{me} Sophie GUILLAUME demande s'il existe un dossier spécifique sur les urgences obstétriques et gynécologiques.

Le D^r Laurent TRÉLUYER indique que ce dossier est inclus dans le module urgences mais la faisabilité d'un dossier spécifique dans le cadre du module obstétrique est à l'étude. Il propose de se rapprocher de M. Guillaume GÉRARD pour obtenir de plus amples informations.

Le P^r Louis PUYBASSET demande à quelle date ORBIS ICU sera aussi performant que *Métavision*.

Le D^r Laurent TRÉLUYER estime que le D^r Cyril CHARRON sera mieux à même de répondre mais il pense que ce ne sera pas avant fin 2022 ou 2023.

Le D^r Cyril CHARRON confirme que ces évolutions ne sont pas attendues avant fin 2022. Des améliorations seront apportées dans la prochaine version et donc courant 2022, notamment sur la pancarte NG mais qui ne sont pas encore testées en vie réelle. Les évolutions seront progressives.

M^{me} Audrey DARNIAUD confirme que les urgences obstétriques et gynécologiques sont comprises dans le dossier maternité ORBIS.

M. Guy BENOÎT indique avoir toujours été un ardent défenseur d'ORBIS car le dossier unique du patient est un progrès majeur incontestable. En revanche, pour ce qui concerne le médicament et la prescription, il regrette qu'ORBIS ne fasse pas mieux que ce qu'il se faisait depuis 20 ans. Par exemple, l'outil n'intègre pas les chimiothérapies. Il en est de même pour la nutrition parentérale qui est saisie sur un autre outil.

Le D^r Cyril CHARRON explique que la chimiothérapie n'est pas intégrée dans ORBIS par choix. En revanche, c'est le même logiciel pour la nutrition parentérale.

M. Guy BENOÎT s'inscrit en faux.

Le D^r Cyril CHARRON confirme que c'est possible puisqu'il le fait quotidiennement.

M. Guy BENOÎT maintient que les pédiatres utilisent un autre logiciel pour la nutrition parentérale à la carte.

Le D^r Cyril CHARRON maintient que la nutrition parentérale de l'adulte se fait dans ORBIS. Son propos ne portait pas sur des procédures ultra-spécifiques. Par ailleurs, alors que l'AP-HP a accueilli de nombreux personnels extérieurs pendant la crise sanitaire, aucun n'a rencontré de difficultés pour prescrire ou valider des administrations avec ORBIS. Au contraire, ces personnels ont estimé que son utilisation était simple et intuitive. De plus, ils ont apprécié que la prescription soit en lien avec le dossier médical et avec la surveillance sans avoir à changer de logiciel pour saisir la température du patient ou valider une administration ce qui est un progrès majeur.

Le D^r Laurent TRÉLUYER ajoute, concernant la chimiothérapie, que la situation actuelle tient à l'importance prise par le logiciel *Computer engineering*. La difficulté ne tient pas à la prescription mais à la fabrication des poches de chimiothérapie, car l'éditeur *Computer engineering* ne veut pas séparer la prescription de la fabrication. Il n'existe aucune interface avec les autres logiciels de dossiers du patient informatisés en France. En outre, comme c'est quasiment le seul logiciel utilisé en France, il est difficile de lui faire changer de positionnement. Cette situation n'est pas un signe de mauvaise volonté de l'AP-HP ou de *Dédalus* qui avait essayé de développer son propre outil

DXCare avec Gustave-Roussy, mais il s'avère compliqué de recréer un module de préparation des chimiothérapies. C'est un sujet à rediscuter.

Le D^r Marie ANTIGNAC souhaite savoir quand seront disponibles les modules portant sur la conciliation médicamenteuse et les molécules onéreuses fonctionnelles.

Le D^r Laurent TRÉLUYER répond qu'il existe un module de conciliation médicamenteuse mais qui doit être amélioré. Des travaux sont en cours avec la collègiale de pharmacie pour trouver le meilleur outil.

Le D^r Sonia CERCEAU rappelle que le module chirurgie ambulatoire pédiatrique et adulte a été déployé il y a environ cinq ans sans avoir évolué depuis malgré les demandes d'évolution. Elle souhaite donc savoir si une montée de version est envisagée prochainement. Elle constate par ailleurs qu'*ORBIS* a été arrêté entre 2 heures et 6 heures du matin lors de la dernière montée de version, de ce fait la maternité de Trousseau n'a eu aucun accès aux dossiers pendant quatre heures, ce qui pose de gros problèmes pour les patients qui arrivent en urgence. Cette situation montre que l'hôpital est totalement dépendant d'un outil et pourrait être confronté à des catastrophes en cas de panne.

Le président souligne la gravité du problème.

Le D^r Laurent TRÉLUYER explique que le développement du module sur la chirurgie ambulatoire est à la main de l'AP-HP qui doit donc déployer les moyens nécessaires aux priorités qu'elle se fixe, qui sont nombreuses et parallèle en ce moment. Il reconnaît par ailleurs que l'arrêt qui a eu lieu lors de la dernière montée de version a été important car deux versions devaient être passées. L'objectif est que les arrêts soient limités à deux heures, pour les arrêts dits « normaux ». Pour les patients hospitalisés, il existe un système dégradé mais cette solution ne résout pas le problème des patients nouveaux. Il ne peut pas apporter de réponse de court terme mais signale que des échanges ont lieu avec *Dédalus* pour minimiser la durée des arrêts et s'approcher d'une heure quinze.

Le président estime que des mises en production sans arrêt seraient préférables.

Le directeur général explique que ce sont des sujets discutés avec *Dédalus* pour l'instant sans engagement ferme de leur part. Le choix retenu jusque-là est de mener la bascule dans la nuit du samedi au dimanche pour minimiser les conséquences même si les soins se poursuivent, qu'il s'agisse notamment d'accouchements ou de prise en charge d'accidentés. Il remercie d'ailleurs les équipes qui ont permis de mener à bien cette opération. Enfin, il faudra aussi renforcer l'information en amont de l'interruption pour éviter que les équipes ne la découvrent au dernier moment.

Le D^r Sonia CERCEAU explique que la difficulté touche en particulier les femmes qui arrivent en pleine nuit pour accoucher.

Le D^r Laurent TRÉLUYER reconnaît cette difficulté et la comprend. Cette difficulté concerne aussi les urgences. Il confirme la forte de l'AP-HP auprès de *Dédalus* pour faire évoluer ces pratiques.

Le P^r Catherine PAUGAM-BURTZ ajoute qu'un ou deux exercices de *cyber crise* devront sans doute être menés en 2002 pour se préparer à une panne du système. Un tel exercice a eu lieu avec l'hôpital Bicêtre avant l'été, mais cet exercice devra aussi concerner les autres sites en vertu du plan de situation sanitaire exceptionnelle.

Le D^r Christophe TRIVALLE estime que la partie narrative d'ORBIS, les transmissions remplies par les infirmiers, est un peu légère et il semblerait qu'elle ne soit pas conservée. Aussi, en cas de réclamation de patients, cette source d'informations n'est plus disponible. Il souhaite par ailleurs avoir des informations sur le dossier gériatrique.

Le D^r Laurent TRÉLUYER confirme l'existence du dossier gériatrique. Par ailleurs, pour répondre à la question portant sur la partie narrative, il explique que les notes sont conservées mais il n'est pas possible de les imprimer. Cependant, cela peut faire l'objet d'une demande de développement à des fins médico-légales de manière à mettre en forme ces données.

Le D^r Rafik MASMOUDI rappelle qu'il a vingt ans un système d'information complet a été développé à l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP), il fonctionne très bien après un temps de paramétrage similaire à celui vécu aujourd'hui pour ORBIS. Or, il faut maintenant mettre en place ORBIS et supporter une mise en production à nouveau contraignante. Il ne comprend donc pas pourquoi ce système a été abandonné pour lui préférer ORBIS et s'interroge sur la plus-value de ce nouveau logiciel patient.

Le D^r Laurent TRÉLUYER rappelle que *DXCare* n'était pas aussi développé il y a vingt ans. Par ailleurs, lors du renouvellement du marché en 2008, *DXCare* a concouru mais n'a pas été retenu. C'est alors la société AGFA qui a été choisie pour sa solution ORBIS. Il indique toutefois que la couverture fonctionnelle d'ORBIS est pratiquement la même que celle de *DXCare*. Par ailleurs, ORBIS n'est pas un nouveau logiciel mais a été créé également à la fin des années 90, comme *DXCare* et ce logiciel équipe 35 % des hôpitaux allemands.

Le D^r Jean-François HERMIEU signale qu'il existe des automates permettant de valider automatiquement les nouvelles versions logicielles et s'étonne que cette orientation ne soit pas envisagée.

Le P^r Elie AZOULAY signale qu'il est difficile d'intégrer des données patients dans les bases pour favoriser la recherche et les données massives (*big data*).

Le D^r Laurent TRÉLUYER explique que, pour la réanimation, il existe des logiciels généralistes comme ORBIS et des logiciels vendus par les constructeurs de matériels comme *General Electric* (GE) ou *Philips*. Or ces fabricants ont un intérêt à ce que les hôpitaux utilisent un logiciel de leur propre marque. *Métavision* a abandonné ce marché de niche qui nécessite beaucoup d'investissements, notamment dans le cadre de la certification. *Clinisoft* appartient à GE qui maintient pour le moment son logiciel même s'il n'est pas leur cœur de métier.

5. Avis sur le projet de convention d'association hospitalo-universitaire entre l'AP-HP (GHU. AP-HP. Nord – Université de Paris) et l'hôpital *Fondation Adolphe de Rothschild* (P^{rs} Philippe RUSZNIEWSKI et Jean-Claude CAREL)

Le P^r Jean-Claude CAREL rappelle que les interactions entre le GHU et la fondation Rothschild datent de 1997. Une convention a été conclue en 2008 après l'arrêt de la chirurgie ophtalmologique à l'hôpital Bichat, suivie par une convention sur les activités de recherche en pathologie neuro-vasculaire en 2018. Les interactions ont aussi concerné la pédiatrie et la rétinopathie des prématurés entre autres.

La convention porte sur trois domaines : l'ophtalmologie, les neurosciences et les activités médicotéchniques. L'incarnation la plus marquante de ce partenariat est le P^r Ramin TAYADONI, chef du service d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière et d'un des services d'ophtalmologie de la

fondation Rothschild. Ce partenariat, mis en place en 2020, a permis de recruter des orthoptistes à l'hôpital Lariboisière, de prioriser l'activité chirurgicale rétinienne et les injections intraoculaires et d'appuyer la recherche hospitalo-universitaire sur la rétinopathie diabétique. Toutefois, ce partenariat n'a eu aucun impact négatif sur l'ophtalmopôle de Cochin dans un principe de non-concurrence. Le projet de convention entre la fondation Rothschild, l'AP-HP et l'université de Paris a été communiqué aux membres de la CME. Il définit les engagements réciproques pris par les parties prenantes et donnera lieu à la mise en place d'un comité de coordination et d'un suivi.

Le P^r Philippe RUSZNIEWSKI souligne l'importance du partenariat pour l'unité de formation et de recherche (UFR) et cela sur deux aspects : car c'est un établissement très important pour les étudiants (second et troisième cycles) avec notamment des internes très demandeurs de ces stages et car la fondation est attractive pour la recherche avec un projet de recherche hospitalo-universitaire (RHU) commun et une forte activité de recherche menée par les P^{rs} Mickaël MAZIGHI et Ramin TAYADONI. C'est un établissement avec lequel les relations se sont développées et structurées au fil des années. La fondation permet aux équipes de l'hôpital Lariboisière de compléter leurs activités de recherche et d'y trouver du matériel de recherche qui n'est pas disponible sur le site. Ce partenariat permet aussi aux étudiants de l'UFR de trouver des terrains de stage et une participation majeure à l'enseignements des hospitalo-universitaires sur place.

Le président rappelle que la CME doit rendre un avis sur ce dossier. Il souhaite savoir si le P^r Bahram BODAGHI pour la sous-commission *Hôpital, ville, territoire* (CHVT) ou le D^r Emmanuel BUI-QUOC pour la spécialité souhaitent ajouter un commentaire.

Le Pr Bahram BODAGHI indique que c'est un beau projet et une collaboration qui a commencé au moment où l'on pensait qu'il fallait abandonner l'ophtalmologie à l'AP-HP. Des questions restent en suspens sur l'avenir de l'ophtalmologie dans le nord de l'AP-HP, il espère donc que ce sujet sera traité le moment venu en CME. Certaines conventions ont été examinées par la sous-commission *Hôpital, ville, territoire* (CHVT) il y a quelques temps, aussi, il aurait été judicieux de parler de ce projet en amont de la CME pour aborder certaines questions de fond. La question de la place accordée à l'ophtalmologie dans le périmètre de l'hôpital Nord reste d'actualité et stratégique pour l'AP-HP. Sur l'ophtalmo-pédiatrie, des rapprochements ont été discutés entre les hôpitaux Robert-Debré et Trousseau. Ces questions restent d'actualité et devront être abordées.

Le président propose d'inscrire ce point à l'ordre du jour d'une prochaine CME.

Le P^r Jean-Claude CAREL explique que le projet de l'hôpital Nord est de développer l'ophtalmologie ambulatoire mais sans implanter de chirurgie ophtalmologique. Pour ce qui concerne l'ophtalmologie pédiatrique, très peu de professionnels sont formés alors que les besoins sont majeurs en Île-de-France. Il faudra donc faire appel à toutes les bonnes volontés.

Le D^r Emmanuel Bui-Quoc indique sa détermination à ce que l'ophtalmologie pédiatrique médicale et chirurgicale reste forte à l'Hôpital Robert Debré, même s'il peut exister des contraintes et que l'équipe pourrait s'étoffer encore plus. L'offre de soins en ophtalmologie pédiatrique est de façon générale limitée, et les professionnels de la fondation Rothschild font aussi face à une offre de soins en inadéquation avec la demande de soins.

Le président propose de passer à l'avis de la CME sauf demande contraire du P^r Bahram BODAGHI.

Le P^r Bahram BODAGHI demande des précisions quant au remplacement du P^r Isabelle COCHEREAU à l'hôpital Bichat.

Le P^r **Philippe RUSZNIEWSKI** suppose qu'elle sera remplacée par son adjoint.

Le P^r **Jean-Claude CAREL** confirme que le partenariat a vocation à être pérenne.

Le P^r **Bahram BODAGHI** n'a pas de remarque supplémentaire si le projet est ainsi accepté par le GHU. Paris-Nord.

Avec 54 voix pour et deux abstentions, la CME rend un avis favorable à la convention d'association hospitalo-universitaire entre l'AP-HP (GHU. AP-HP-Nord – Université de Paris) et l'hôpital *Fondation Adolphe de Rothschild*.

6. Avis sur un protocole de coopération : « Consultation infirmière de suivi des personnes séronégatives à haut risque d'acquisition du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et sous traitement de préexposition au VIH » (D^{TS} Giovanna MELICA et Juliette PAVIE)

Le D^r **Giovanna MELICA**, en tant que rapporteur de la CME, rappelle que la préexposition (PREP) repose sur l'utilisation préventive d'antirétroviraux par des personnes séronégatives très exposées au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Chaque année en France, plus de 6 000 nouvelles infections par le VIH sont diagnostiquées, dont 50 % en Île-de-France. À ce jour, en France, seulement 30 000 personnes bénéficient de la PREP. Il apparaît donc nécessaire de renforcer l'offre de prévention du VIH par ce protocole de coopération.

Ce protocole présente un intérêt pour le délégué, c'est à dire l'infirmier, en valorisant l'élargissement de l'expertise infirmière, en permettant de développer de nouvelles compétences et en positionnant le délégué en tant qu'acteur de la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST). Pour le délégant, c'est-à-dire le médecin, le protocole permet d'économiser du temps médical afin qu'il soit réinvesti dans les prises en charge complexes de patients difficiles et les prises en charge des primo-consultants.

Les lieux de mise en œuvre du protocole sont des structures de soins autorisées à délivrer ou à renouveler la PREP. Pour le moment, 11 sites de l'AP-HP sont volontaires : Ambroise-Paré, Avicenne, Bécclère, Bicêtre, Bichat, Fernand-Widal, Hôtel-Dieu, Pitié-Salpêtrière, Lariboisière, Saint-Antoine et Saint-Louis. Ce protocole a vocation à être décliné sur le territoire national.

Concernant les actes dérogatoires : la primo-consultation et la consultation à un mois restent de la responsabilité du médecin. La délégation concernera les consultations trimestrielles comprenant un interrogatoire, un examen clinique, une analyse et une interprétation des données biologiques, la surveillance de la toxicité de la PREP et la prescription, si besoin, de traitements en cas d'infection de maladies sexuellement transmissibles, la prescription de vaccins, le renouvellement ou non de la PREP et l'orientation vers d'éventuelles autres consultations médicales.

Pour garantir la sécurité de la prise en charge des patients, le protocole concernera des infirmiers expérimentés ayant travaillé au moins deux ans dans un service de prévention ou de dépistage en infectiologie ou en service de médecine spécialisée en maladies infectieuses. Ils bénéficieront d'une formation pratique solide sur la base de 30 consultations avec pratique de l'examen clinique, une formation théorique d'au moins 40 heures et un cercle de maintien des compétences autour d'une activité d'au moins 168 consultations par délégué et par an. Le protocole repose aussi sur des outils comme la présence côte à côte du délégant (par astreinte et supervision), des synthèses quotidiennes, des réunions mensuelles de suivi, une formation continue annuelle dans le service et lors de congrès, et enfin d'une évaluation des pratiques professionnelles.

Il s'agit d'un projet de protocole solide et bien détaillé, sécurisé et adapté à la population suivie en consultation PREP. Il présente un bénéfice pour les usagers, les délégués et les délégants. Il répond à un véritable besoin dans la lutte contre le VIH. Lors de la réunion du comité de pilotage, deux points ont été soulevés par les deux rapporteurs de la CME et modifiés dans le protocole: premièrement le suivi à un mois est assuré par le médecin, deuxièmement la durée prévisionnelle de la consultation infirmière est de 30 à 40 minutes.

Le D^r Juliette PAVIE ajoute qu'il s'agit d'un protocole détaillé et très construit par des professionnels qui connaissent bien la PREP avec également pour l'objectif de le mettre en place dans d'autres services.

Le D^r Cyril CHARRON demande si la prescription peut être assurée par un infirmier. Alors qu'il s'agit d'un acte médical, il pensait que seuls les médecins et sages-femmes pouvaient prescrire.

Le D^r Juliette PAVIE le confirme.

Le directeur général précise cependant que c'est par délégation.

Le président ajoute qu'en l'espèce il ne s'agit que renouvellement et non la primo-prescription.

Le D^r Cyril CHARRON demande qui est responsable en cas d'effets secondaires graves.

M^{me} Sophie ALLEAUME indique que les activités du délégué sont couvertes juridiquement par le protocole et par l'assurance du directeur de l'hôpital qui en autorise la mise en œuvre. Le délégué est responsable des actes qu'il réalise. La supervision par le délégant fait que le délégant est responsable, quant à lui, du niveau de formation exigé pour le délégué.

Le directeur général indique que la responsabilité est celle de l'établissement, donc de l'AP-HP. La responsabilité personnelle serait engagée si le délégué ne respectait pas sa délégation et si le délégant ne s'était pas assuré de la bonne conduite de sa délégation, c'est-à-dire en cas de faute. La formalisation des protocoles permet toutefois de garder la responsabilité juridique de l'établissement, comme pour n'importe quel soin, dans les formes qui protègent les professionnels.

Le D^r Patrick PELLOUX constate que les périmètres des infirmières de pratiques avancées commencent à marquer le pas. Il rejoint les propos du directeur général car c'est bien l'AP-HP qui est responsable juridiquement. Toutefois, pour le moment, il n'existe aucune jurisprudence sur la responsabilité en cas de délégation. Par ailleurs, le conseil de l'Ordre vient de rendre un avis très défavorable aux délégations de prescriptions en indiquant qu'il existait une responsabilité médico-légale. Ces évolutions ont été poussées par la carence de médecins mais elles conduisent à des inconnus sur la responsabilité qui serait retenue si jamais le protocole était transgressé.

Le directeur général rappelle que le sujet examiné ne porte pas sur les pratiques avancées mais sur les protocoles de coopération. La pratique avancée est un autre cadre d'évolution de carrière et des compétences indépendamment d'une délégation. Le protocole porte ici sur une délégation qui permet le transfert de compétences des médecins vers les infirmiers. Ce n'est pas une nouveauté : d'autres protocoles ont déjà été examinés par la CME, notamment pour permettre aux infirmiers dans les services d'accueil d'urgences de prescrire des radiologies sans passer par un médecin. C'est un moyen de reconnaître des évolutions du périmètre des responsabilités des paramédicaux. Dans le cas présent, c'est la deuxième fois qu'est proposé un tel protocole validé par l'établissement lui-même alors que la procédure précédente nécessitait un passage devant la

Haute Autorité de santé (HAS) et l'agence régionale de santé (ARS), aboutissant à une procédure longue (3 à 4 ans). Désormais, la procédure peut être validée par l'AP-HP après un suivi rigoureux et encadré.

Le président souligne que la procédure reste encore nouvelle mais elle apporte néanmoins des assurances. Elle s'inscrit en outre dans un cadre légal.

Le D^r Sonia CERCEAU souhaite rebondir sur la situation des infirmiers de pratique avancée (IPA). Elle rappelle que les infirmiers anesthésistes sont en grève actuellement car, après avoir passé un concours et suivi deux années de formation, la qualification d'IPA est proposée à des infirmiers des urgences qui finalement auront plus de possibilités d'évolution qu'eux-mêmes. Par ailleurs, les IPA des urgences ont énormément de délégations allant jusqu'à la pose de drains thoraciques sans avoir besoin de demander l'autorisation à un médecin. Elle invite donc à faire preuve de prudence et de mesure.

Le D^r Patrick PELLOUX rappelle que la pratique avancée avait fait l'objet de nombreuses réserves qui n'ont finalement pas été retenues. Il prédit dans les années à venir la fin des médecins dans les SMUR car ce mouvement semble inéluctable. Par ailleurs, les IPA ont déjà monté un syndicat très performant. Les infirmiers anesthésistes sont vent debout et la tactique est de les enlever des SMUR pour les placer aux blocs où il existe des besoins. Les IPA qui feront des actes de protocole coûteront donc moins cher que des médecins urgentistes.

Le D^r Giovanna MELICA indique que le protocole qu'elle vient de présenter n'est pas concerné par ces échanges : la prescription médicamenteuse reste de la responsabilité du médecin lors de la première consultation et c'est uniquement le renouvellement qui serait confié à l'infirmier, sans prise de risques majeurs.

Le directeur général estime qu'il serait intéressant d'avoir cette discussion avec les infirmiers. Il existe un statut d'infirmiers cliniciens au Canada permettant une revalorisation du métier paramédical non seulement en termes de salaires mais aussi de responsabilité. Le protocole qui vient d'être présenté concernant la PREP semble bien construit et n'est aucunement une décision qui menace les médecins. Alors que la formation des paramédicaux est de plus en plus longue, il est naturel qu'ils puissent évoluer et prendre des responsabilités. Il ne faut pas y voir une menace mais se mettre à la place de paramédicaux qui souhaitent évoluer et prendre de nouvelles responsabilités. Le directeur général estime ce mouvement plutôt sain, notamment dans un CHU, plutôt que de dire que la formation initiale qu'ils ont reçue les enferme dans un système duquel ils ne sortiront qu'au moment de la retraite.

Le président est d'accord sur ce point général et pense que le métier d'infirmier doit évoluer tout en étant sensible aux remarques du D^r Sonia CERCEAU qui invite à rester vigilant sur les tâches confiées aux infirmiers. Les protocoles de coopération et les IPA ne sont qu'un début timide de réponse. Il pense qu'il faut aller beaucoup plus loin comme d'autres pays l'ont fait avant la France. Certes, ces évolutions posent des questions sur les missions respectives des professionnels de soins, mais il ne faut pas s'enfermer dans des schémas de carrière cloisonnés.

Le P^r Jean-Claude CAREL souhaite rassurer ceux qui expriment des inquiétudes en rappelant qu'un comité de pilotage étudie les protocoles de coopération en amont de la réunion de la CME. De plus, les protocoles de coopération sont nominatifs. Ce sont donc des dispositifs très encadrés.

*La CME rend un avis favorable par 55 voix pour et une voix contre sur le protocole de coopération :
« consultation infirmière de suivi des personnes séronégatives à haut risque d'acquisition du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et sous traitement de pré-exposition au VIH »*

7. Information sur la décision modificative de l'état prévisionnel des dépenses et des recettes (ÉPRD) 2021 (MM. Pierre-Emmanuel LECERF et Didier FRANDJI)

Le président annonce, à la demande de l'Administration, le report de l'examen de ce point en décembre en même temps que la présentation du budget.

8. Questions diverses

Le D^r Christophe TRIVALLE signale que les urgences de l'hôpital Bicêtre ne sont plus validantes pour les internes, ce qui avait conduit à des menaces de grève et procédure judiciaire. Alors qu'un accord a été trouvé dans l'intervalle, il souhaite savoir si cette négociation a abouti à un tarif de garde spécifique pour cet hôpital.

M^{me} Hélène OPPETIT confirme qu'un accord a été trouvé sans fixer pour autant un tarif particulier. Un comité de suivi tripartite entre l'ARS, le GHU et le syndicat d'internes est en place pour travailler sur les conditions d'exercice des internes afin de pouvoir récupérer l'agrément au plus tôt, si possible en mai 2022.

Le directeur général souligne qu'un nouveau chef de service a été nommé il y a quelques mois à l'hôpital Bicêtre. Il a pris ses fonctions alors que les conditions étaient très difficiles et mène un travail formidable de l'avis de tous. Il a réussi à faire remonter de 8 à 15 le nombre de seniors, pour 18 postes budgétés. Il mène aussi un véritable projet avec les soignants et les infirmiers, ce qui conduit à améliorer l'attractivité tant pour le personnel médical que le personnel non médical. Il a donc bon espoir que l'agrément soit retrouvé même si les procédures sont longues (deux semestres) d'autant que les conditions d'un bon accueil des juniors par les seniors sont à nouveau réunies.

Le D^r Patrick PELLOUX constate que ceux qui prennent des gardes ont été les grands oubliés du « Ségur de la santé ». Malgré la « loi RIST » concernant l'intérim, la concurrence reste forte. La commission centrale de l'organisation de la permanence des soins (CCOPS) va se réunir pour formuler des propositions car il est impératif de réfléchir à l'attractivité des métiers qui font des gardes.

Le P^r Jean-Damien RICARD souhaite savoir si l'AP-HP accordera un déplafonnement des droits pour alimenter le compte épargne temps (CET) compte tenu de l'extrême mobilisation des personnels dans la récente période et de la forte tension sur les effectifs conduisant à réduire la prise de congé.

M. Pierre-Emmanuel LECERF confirme qu'une mesure sera prise. À ce jour, le nombre de jours non consommés est inférieur au niveau atteint en 2020. Le plafond du compte épargne temps sera porté à 80 jours contre 70 jours en 2020. Au choix de l'agent, depuis décembre 2020, il est aussi possible de monétiser les jours de congé non pris (sur la base d'une indemnisation de l'ordre de 200 € par jour pour un infirmier). En 2020, c'est ce dispositif d'indemnisation qui avait été majoritairement choisi par le personnel non médical.

La séance est levée à 19 heures 15.